

健保使用欄	支給歴	有・無	備考	
-------	-----	-----	----	--

ソニー健康保険組合 理事長殿

健康保険 被保険者
家 族

療 養 費 支 給 申 請 書（ 治 療 用 装 具 ）

《2ページ目につづく》

被 保 険 者 が 記 入 す る こ と ころ	◆申請者確認欄 (チェック必須)	☐ 記載内容については、申請者(被保険者)本人が記入・確認しました。 ☐ 在職中の給付金は事業主(⑤の本籍会社)経由で受領します。			
	①被保険者の 記号・番号	記号 番号	②被保険者の氏名		
	被保険者の記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。				
	③被保険者の住所	〒 — *郵便物を受け取れる住所を記入			
	④日中連絡の取れる電話番号等 ※お問い合わせの際に使用します ※複数可	□自宅 □携帯 □勤務先 — —			
		□自宅 □携帯 □勤務先 — —			
		メールアドレス :			
	⑤被保険者の本籍会社名 ※出向中の方は出向元会社(給与の支払を受けている会社) ※任意継続被保険者・特例退職被保険者記入不要				
	⑥装具を 使用 する人	(a) 氏 名 フリガナ 氏名	(b) 生 年 月 日 昭・平・令 年 月 日	(c)被保険者との続柄	
	⑦傷 病 名		⑧発病又は 負傷の年月日	令和 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)	
	⑨ 発病または負傷の原因(具 体的に詳しく)				
	⑩発病または負傷の状況	ア. 業務上または通勤途上によるものですか		□ はい □ いいえ	
		イ. 交通事故・ケンカ等第三者行為によるものですか		□ はい □ いいえ	
	⑪診療を受けた 医療機関の名称			⑫初診日	令和 年 月 日
	⑬治療用装具を装着した日(納品日)	令和 年 月 日		⑭装着日の 医師の立会	□ 有 □ 無
⑮以前にも同様の傷病・ 同様の部位で装具を 作製されましたか	1. 以前にも作製したことがある 2. 初めて作製した 以前作成したことがある場合は、今回新たに作製した理由をご記入ください。				
⑯今回装具を作製した傷病で、 障害者手帳または療育手帳を お持ちですか ※障害者総合支援法による補装具費支給の 対象になるかを判断するため、手帳等の 有無を確認させていただきます	1. 持っている 2. 持っていない 持っている方は、自治体へ補装具費支給申請をしなかった理由をご記入ください。 □ 自治体から支給対象外と言われたから □ 主治医から治療用装具のため健康保険組合への請求と言われたから □ その他()				
⑰自治体の医療費助成等の 医療証はお持ちですか	1. 持っている→医療証のコピーを添付してください 2. 持っていない				
⑱装具購入費用	円				

退 職 者 ・ 退 職 予 定 者	この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は記入				
	退職している 退職の予定		→ 令和 年 月 日 退職(予定)		任意継続被保険者、特例退職被保険者 は記入不要
	⑲振込先口座 ●どちらか一方を 記入	銀 行	銀行 普通 店 番		名義人氏名 (フリガナ) 氏 名
			支店 当座 口座番号		
		郵便局	記号(5桁)	番号(8桁)	
□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					

注意事項

受 付 印

1. 次の添付書類を必ず添付してください。
 - A. 『領収書』及び『医師が治療のために装具が必要と認めた証明書』の原本
 - イ. 治療用装具作製確認書
 - ウ. 装具の写真(別紙確認): 装具を外した状態で撮影してください(弾性着衣、治療用眼鏡の申請の場合は不要)
2. 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正のうえ自筆でサインをして下さい。
3. 提出された申請書及び添付書類については返却致しません。(不備書類の場合を除く)

治療用装具作製確認書

(治療用眼鏡・弾性着衣は提出不要)

被保険者または被扶養者が医療機関で受診し、医師の指示により作製された装具に対する保険給付の支給可否の審査に必要なため、以下にご回答ください。

- (1) 下記質問について全て該当する番号を○で囲んでください。「その他」の場合は記述にてお答えください。
- (2) 購入した装具の全ての写真を合わせてご提出ください。(写真はカラーで印刷してください)
- (3) 支給決定については、本書および別途行う主治医への照会などを基に総合的に判断することから、お時間を要する場合がありますので、ご了承ください。

①被保険者の記号・番号	②被保険者氏名	③装具を使用する人
-		

問1. 今回の装具を作製するにあたり、一番最初に行ったところはどこですか

- (1)医療機関 (2)装具業者又は靴店等(令和 年 月 日) (3)その他()

問2. 作製した装具のサイズ合わせは、どのように行いましたか

(1)採型をした(オーダーメイドで作製するために型を取った)… ④ or ⑤

④ 患部やその周囲にギブスを巻き、石膏で「型」を取った … はい / いいえ

⑤ 足型版(フットインプレッションフォーム)を踏み込み「型」を取った … はい / いいえ

(2)採寸をした(オーダーメイドするために、患部やその周囲の各所をメジャーで細かく測った)

誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者等

(3)既製品(完成品)装具を購入

サイズはどのような方法で選択しましたか

(4)何もしなかった

(5)その他 ()

①どこで型を取りましたか？
病院内 / その他()

②何回、型を取りましたか？
()回

③誰が型を取りましたか？
医師 / 看護師 / 装具業者等

①メジャー→誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者等

②試着 ③何も行かなかった

④その他()

問3. 作製した装具は、誰の指示・意思で決められましたか

- (1)主治医の指示で決めた (4)自分で治療法(固定方法)を選択し装具を作製
- (2)自分から装具を作りたいと医師に作製依頼した ↳※ギブスが装具かで選択したなど
- (3)装具製作会社の言われる通りに決めた (5)その他()

問4. 主治医からどのような目的の装具だと説明を受けましたか(複数回答可)

- (1)患部の支持・矯正・固定・免荷 (2)痛みや症状の緩和(除痛)
- (3)再発防止・予防 (4)日常生活の補助
- (5)説明は受けていない (6)その他()

問5. 主治医から装具をいつ、どのくらいの期間装着するよう言われましたか

- (1)症状が改善するまで日常的に
 - (2)スポーツをする時だけ
 - (3)リハビリの時だけ
 - (4)その他 (例:痛みがあるとき、特に期間は言われていない等)
- 令和 年 月頃までの ヶ月間

問6. 装具装着後の療養にあたって、医師からはどのような指示や注意を受けていますか

- (1)自宅安静 (2)運動(ｽﾎｰﾂ)を控えるように指示された
- (3)特に指示はされていない (4)その他()

問7. 装具装着後の医療機関受診指示はありましたかまたは受診していますか

- あり: ①週1回 ・ ②月1回 ・ ③その他()
- なし: 理由()

以上の通り相違ありません。また、今回申請した療養費について、保険給付の支給可否の審査をするため、当健保組合が医療機関および関係機関に照会することに同意します。

ソニー健康保険組合 理事長 殿
令和 年 月 日

被保険者氏名

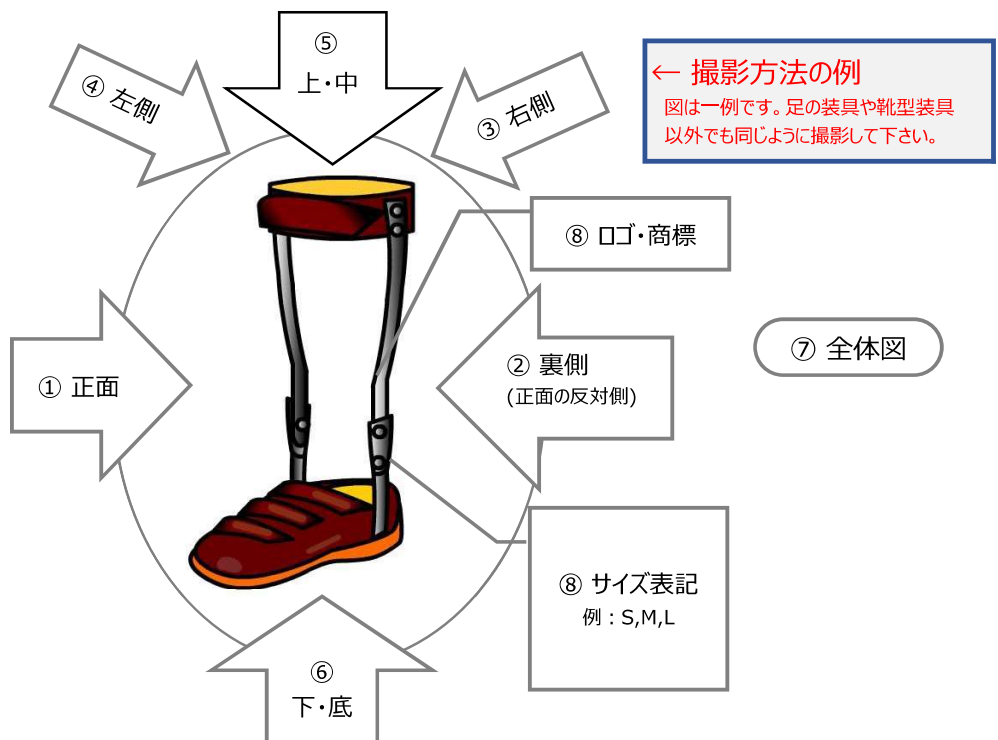
記号		番号		氏名	
----	--	----	--	----	--

治療用装具の写真について

(1) 撮影方法について (全ての装具において撮影方法は同じです)

◆装具写真は片方だけでなく両足(両手)分などすべて撮影してください

- ① 正面
- ② 裏側 (正面の反対側)
- ③ 右側
- ④ 左側
- ⑤ 上・中
- ⑥ 下・底
- ⑦ 全体図
- ⑧ サイズ表記 (ある場合)
- ⑨ ロゴ・商標等 (ある場合)



⑩ 取り扱い説明書・製品箱 (ある場合)

※コピーで結構です。

(2) 写真の提出方法

- ① 写真は仕様、凹凸、形状を明確に確認できるよう必ずカラーで現像または印刷をしてください。
- ② 申請書またはこの用紙の裏面などに、ホチキス止めや糊付けなどして外れないようにしてください。貼付する写真にも被保険者の記号・番号を記入してください。

チェック必須

療養費支給申請書（治療用装具）

◆申請者確認欄 (チェック必須)	☒ 記載内容については、申請者(被保険者)本人が記入・確認しました。 ☒ 在職中の給付金は事業主(⑤の本籍会社)経由で受領します。		
①被保険者の 記号・番号	記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名	健保 太郎
被保険者の記号番号がわからない場合はマイナナンバーを記入してください。			
③被保険者の住所	〒 999 - 9999 〇〇県△△市××99-99		
④日中連絡の取れる電話番号等 ※お問い合わせの際に使用します ※複数可	☐ 自宅 ☒ 携帯 ☐ 勤務先 : 090 ☒ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 勤務先 : 99 メールアドレス : 〇〇〇××@●●●.●●		
⑤被保険者の本籍会社名 ※出向中の方は出向元会社(給与の支払を受けている会社) ※任意継続被保険者・特例退職被保険者記入不要	〇〇××株式会社		
⑥装具を 使用 する人	(a) 氏 名 カガナ ケンボ イチロウ 氏名 健保 一郎	(b) 生 年 月 日 昭 平 令 24 年 1 月 1 日	(c) 被保険者との続柄 長男
⑦傷 病 名	前十字靱帯損傷	⑧発病又は 負傷の年月日	令和 5 年 3 月 1 日 (負傷の場合は 14 時頃)
⑨ 発病または負傷の原因(具 体的に詳しく)	バスケットボール競技中に負傷		
⑩発病または負傷の状況	ア. 業務上または通勤途上によるものですか		☐ はい ☒ いいえ
	イ. 交通事故・ケンカ等第三者行為によるものですか		☐ はい ☒ いいえ
⑪診療を受けた 医療機関の名称	××医院	⑫初診日	令和 5 年 3 月 1 日
⑬治療用装具を装着した日(納品日)	令和 5 年 3 月 5 日	⑭装着日の 医師の立会	☒ 有 ☐ 無
⑮以前にも同様の傷病・ 同様の部位で装具を 作製されましたか	1. 以前にも作製したことがある 2. 初めて作製した 以前作成したことがある場合は、今回新たに作製した理由をご記入ください。 2年前にもバスケットボール競技中に靱帯損傷したため作製した		
⑯今回装具を作製した傷病で、 障害者手帳または療育手帳を お持ちですか ※障害者総合支援法による補装具費支給の 対象になるかを判断するため、手帳等の 有無を確認させていただきます	1. 持っている 2. 持っていない 持っている方は、自治体へ補装具費支給申請をしなかった理由をご記入ください。 ☐ 自治体から支給対象外と言われたから ☐ 主治医から治療用装具のため健康保険組合への請求と言われたから ☐ その他()		
⑰自治体の医療費助成等の 医療証はお持ちですか	1. 持っている→医療証のコピーを添付してください 2. 持っていない		
⑱装具購入費用	12,345 円		

退職者・退職予定者	この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は記入	
	退職している方	退職予定の方
	⑲振込先口座 ●どちらか一方 記入	〇マイナポータル
	注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。	

在籍中の方、1か月以内に退職予定のない方は
口座の記入は不要

注意事項

受 付 印

1. 次の添付書類を必ず添付してください。
ア. 『領収書』及び『医師が治療のために装具が必要と認めた証明書』の原本
イ. 治療用装具作製確認書
ウ. 装具の写真(別紙確認): 装具を外した状態で撮影してください(弾性着衣、治療用眼鏡の申請の場合は不要)
2. 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正のうえ自筆でサインをして下さい。
3. 提出された申請書及び添付書類については返却致しません。(不備書類の場合を除く)
- ※個人情報の保護について: この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。
- 療養(装具) R7.4

《2ページ目につづく》

治療用装具作製確認書
(治療用眼鏡・弾性着衣は提出不要)

被保険者または被扶養者が医療機関で受診し、医師の指示により作製された装具に対する保険給付の支給可否の審査に必要なため、以下にご回答ください。

- (1) 下記質問について全て該当する番号を○で囲んでください。「その他」の場合は記述にてお答えください。
- (2) 購入した装具の全ての写真を合わせてご提出ください。(写真はカラーで印刷してください)
- (3) 支給決定については、本書および別途行う主治医への照会などを基に総合的に判断することから、お時間を要する場合がありますので、ご了承ください。

①被保険者の記号・番号	②被保険者氏名	③装具を使用する人
999 - 999999	健保 太郎	健保 一郎

問1. 今回の装具を作製するにあたり、一番最初に行ったところはどこですか

(1)医療機関 (2)装具業者又は靴店等(令和 年 月 日) (3)その他()

問2. 作製した装具のサイズ合わせは、どのように行いましたか

(1)採型をした(オーダーメイドで作製するために型を取った)… ④ or ⑤

④ 患部やその周囲にギプスを巻き、石膏で「型」を取った … はい / いいえ

⑤ 足型版(フットインプレッションフォーム)を踏み込み「型」を取った … はい / いいえ

①どこで型を取りましたか？
病院内 / その他()

②何回、型を取りましたか？

(2)採寸をしたか？

(3)既製品サイズはどのくらい合いましたか？

(4)何もしなかったか？

(5)その他

作成したときの状況をご記入ください

問3. 作製した装具の主な用途は？

(1)主として日常生活で使用する

(2)主にスポーツ時に使用する

(3)装具装着時のみ使用する

問4. 主治医からの指示は？

(1)患部を安静に保つ

(2)患部を動かす

(3)再発防止のため

(5)説明

問5. 主治医からの指示は？

(1)症状が改善するまで日常的に

(2)スポーツをする時だけ

(3)リハビリの時だけ

(4)その他 (例：痛みがあるとき、特に期間は言われていない等)

問6. 装具装着後の療養にあたって、医師からはどのような指示や注意を受けていますか

(1)自宅安静 (2)運動(スポーツ)を控えるように指示された

(3)特に指示はされていない (4)その他()

問7. 装具装着後の医療機関受診指示はありましたかまたは受診していますか

あり：①週1回 ・ ②月1回 ・ ③その他()

なし：理由()

以上の通り相違なく、当健保組合が所定の手続きを完了しました。

ソニー健康保険組合 令和 5 年 4 月 5 日 被保険者氏名 健保 太郎

日付と被保険者氏名を忘れず記入して下さい
※直筆でご記入ください。

記号	999	番号	999999	氏名	健保 太郎
----	-----	----	--------	----	-------

治療用装具の写真について

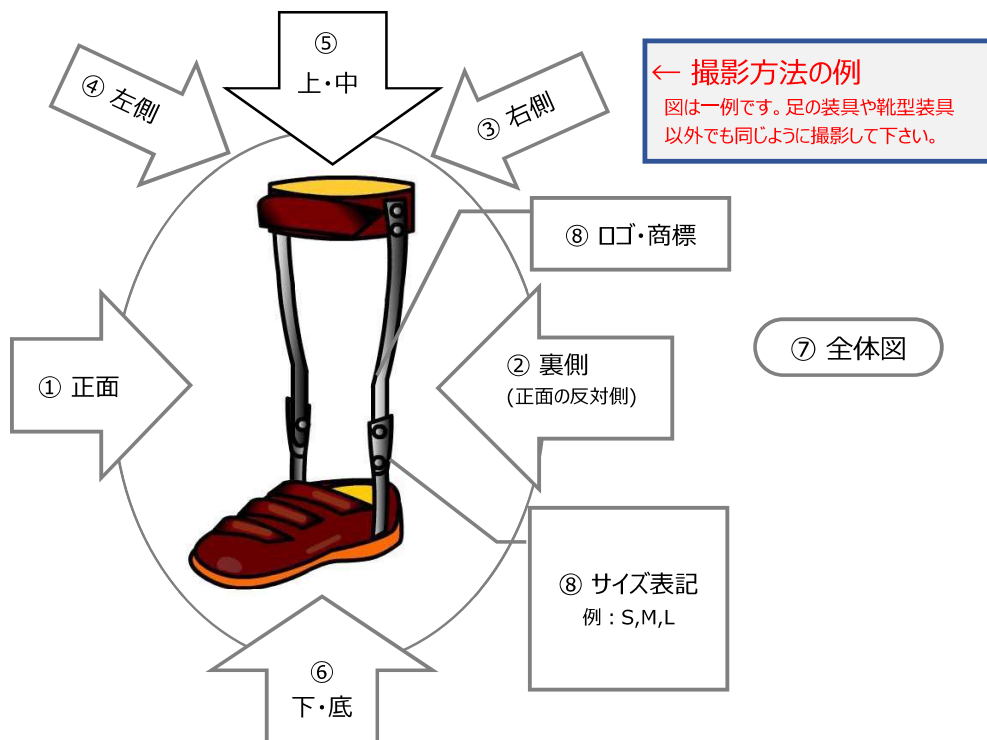
(1) 撮影方法について (全ての装具において撮影方法は同じです)

◆装具写真は片方だけでなく両足(両手)分などすべて撮影してください

- ① 正面
- ② 裏側 (正面の反対側)
- ③ 右側
- ④ 左側
- ⑤ 上・中
- ⑥ 下・底
- ⑦ 全体図
- ⑧ サイズ表記 (ある場合)
- ⑨ ロゴ・商標等 (ある場合)

⑩ 取り扱い説明書・製品箱 (ある場合)

※コピーで結構です。



(2) 写真の提出方法

- ① 写真は仕様、凹凸、形状を明確に確認できるよう必ずカラーで現像または印刷をしてください。
- ② 申請書またはこの用紙の裏面などに、ホチキス止めや糊付けなどして外れないようにしてください。貼付する写真にも被保険者の記号・番号を記入してください。

撮 影 例 (A4用紙にまとめて印刷してもOKです)

①正面



②裏側



③右側



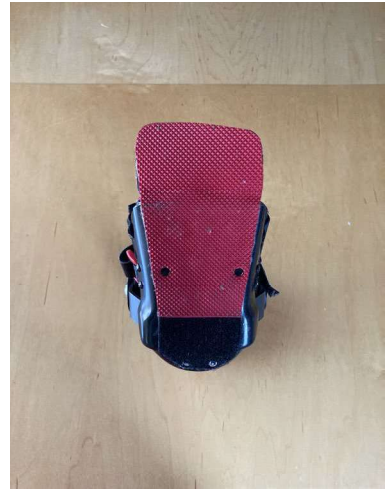
④左側



⑤上・中



⑥下・底



⑦全体



注意事項

1. サイズ表記やロゴ等がある場合は、はっきりと見えるように撮影してください。
2. 取扱説明書がある場合は、コピーを添付してください。